Questionnaire médical Patient

Docteur Hubert Jamrot

Veuillez remplir ce questionnaire ***strictement confidentiel***

Nom du patient :.....
Prénoms :.....
Adresse : .....
.....
Code Postal : .....
Ville : .....
Téléphone : .....
Adresse email : .....
Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _
Poids : .....
Profession : .....
Numéro de Sécurité sociale :.....
.....
Avez-vous une mutuelle : oui ☐ non ☐

Date du dernier contrôle dentaire : .....

1. Quel est le motif de la consultation ?
Une douleur oui ☐ non ☐
Un contrôle oui ☐ non ☐
Un problème esthétique oui ☐ non ☐
Autres, précisez : .....

2. Êtes-vous en bonne santé ? oui ☐ non ☐

3. Êtes-vous suivi par un médecin traitant ? oui ☐ non ☐
Si oui, pour quel motif ?.....
Nom et ville du médecin traitant : .....

4. Prenez-vous des médicaments ? oui ☐ non ☐
☐ anti-inflammatoire ☐ antidépresseur
☐ aspirine ☐ biphosphonate
☐ antibiotique ☐ antidouleur
☐ antihypertenseur ☐ anticoagulant
☐ antidiabétique

5. Êtes-vous allergique à des antibiotiques ou autres médicaments ? oui ☐ non ☐
Si oui, lesquels ? .....
.....

6. Êtes-vous fumeur ? oui ☐ non ☐
Combien de cigarettes par jour ? .....

7. Êtes-vous enceinte ? ..... oui ☐ non ☐
Si oui, de combien de mois ? .....

8. Avez-vous eu une de ces maladies ?

Maladie du sang	oui ☐	non ☐
Maladie du foie	oui ☐	non ☐
Hépatite B ou C	oui ☐	non ☐
Maladie Cardiovasculaire	oui ☐	non ☐
Maladie de la peau	oui ☐	non ☐
Maladie de l'estomac ou intestin	oui ☐	non ☐
Maladie des reins	oui ☐	non ☐
Épilepsie	oui ☐	non ☐
Rhumatismes (RRA)	oui ☐	non ☐
Diabète	oui ☐	non ☐
Maladie de la glande thyroïde	oui ☐	non ☐
Maladie des poumons	oui ☐	non ☐
Asthme	oui ☐	non ☐
Cancer	oui ☐	non ☐
Maladie des yeux	oui ☐	non ☐
Maladie du nez/gorge/oreille	oui ☐	non ☐
Déficit immunitaire (VIH)	oui ☐	non ☐

9. Votre tension est-elle :
Trop haute ☐ trop basse ☐ normale ☐

10. Êtes-vous sujet à des vertiges ? oui ☐ non ☐

11. Avez-vous déjà eu une anesthésie locale ? oui ☐ non☐
Si oui, cela vous a-t-il provoqué une réaction anormale ?
Laquelle ? .....

12. Souffrez-vous des gencives ? oui ☐ non ☐

13. Avez-vous déjà eu un saignement prolongé par exemple après une extraction dentaire ? oui ☐ non ☐

14. Avez-vous des informations complémentaires à nous communiquer ? .....
.....
.....

Date et signature :

Le questionnaire médical de suivi :
Depuis votre dernière consultation dans ce cabinet, votre état de santé a t-il changé ?
oui ☐ non ☐
Si oui, merci de bien vouloir remplir un nouveau questionnaire.
Date et signature :